



Fiche de renseignements :

Ecole communale de Somme-Leuze et "Les P'tites Canailles"

Les informations à caractère personnel qui vous sont demandées seront traitées et gérées dans la plus grande discrétion conformément à la loi relative à la protection de la vie privée (08.12.1992).

(*biffer les mentions inutiles)

Vignette de Mutuelle

1) Le participant

Nom : Prénom : Date de naissance :
N° du registre national :
Nom et prénom du responsable légal :
Nom et prénom du deuxième parent :
N° de tél / Gsm :
Adresse email :

Situation familiale : en couple - monoparental - garde alternée

S'il s'agit d'une garde alternée, pouvez-vous nous indiquer quelle est la fréquence (jour de changement de garde, semaine, ...) :

Personne(s) qui reprennent habituellement l'enfant après l'école ou les activités : (nom-prénom)
.....
.....

J'autorise le personnel d'encadrement à prendre des photos des activités auxquelles mon enfant participe et à pouvoir les médiatiser : oui - non (site internet communal ou de l'école, expositions, « Direct », folders,...)

2) Loisirs

Quels sont ses loisirs favoris ?
Y a-t-il des activités/sports qu'il/elle ne peut pas pratiquer ?
.....

3) Sommeil / Repas

Fait-il/elle la sieste ? oui / non
Si oui, a-t-il/elle une habitude particulière avant de se coucher ?
Est-il allergique à certaines substances ou aliments ? oui / non
Si oui, lesquels ?
A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? oui / non Si oui, lequel ?

4) Santé

Nom du médecin traitant et téléphone :

Etat de santé du participant : TB / B / Moyen

Remarque : Voir dans le règlement d'ordre intérieur concernant les absences et maladies éventuelles.

5) Informations médicales

L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

| | Oui | Non | Si OUI, quel est son traitement habituel. Comment réagir ? Quelles précautions particulières prendre ? |
|---------------------------|-----|-----|--|
| Diabète | | | |
| Epilepsie | | | |
| Maladie cardiaque | | | |
| Asthme | | | |
| Saignements de nez | | | |
| Maux de tête | | | |
| Maux de ventre | | | |
| Autres | | | |

Doit-il/elle prendre des médicaments durant la journée ? oui / non

Si oui, avez-vous rempli le document de demande ?

Porte-t-il/elle des lunettes ? oui / non

Porte-t-il/elle un appareil auditif ? oui/ non

Remarques éventuelles :

.....
.....

Nom du signataire et fonction (parent, tuteur, ...) :

Je soussigné autorise toute intervention thérapeutique jugée indispensable par le personnel médical contacté.

Date :

Signature :

Ce document dûment complété est à remettre au titulaire de classe ou à l'accueillante le 1^{er} jour des activités avec une vignette de mutuelle.

Pour de plus amples informations, vous pouvez contacter :

- M. Nicolas Chisogne, coordinateur ATL, au 086/32.09.06 ou via mail nicolas.chisogne@sommeleuze.be
- Mme Sabine BLERET-DE CLEERMAECKER, Echevine de l'extrascolaire, au 0470/24.71.60
- Mme Fabienne DOSSOGNE, Directrice de l'école, au 0478/58.93.36

Edit. resp.: Administration communale, Valérie LECOMTE, Bourgmestre

Rue du Centre 1, 5377 Baillonville